

Rozdział II.6

Dostępność leczenia szpitalnego dla osób starszych

Marcin Kautsch, Aleksandra Kaczor

II.6.1. Zmiany struktury i sposobu zorganizowania leczenia szpitalnego w latach 1990–2003

Pod koniec lat osiemdziesiątych infrastruktura opieki zdrowotnej była pochodną wieloletnich inwestycji w obszarze systemu ochrony zdrowia (zwłaszcza stacjonarnej), finansowania budżetowego, jak również słabego rozwoju i niedoinwestowania w zakresie nowych technologii medycznych. Było to przyczyną wykonywania większości zabiegów diagnostycznych w warunkach szpitalnych. Pewne znaczenie miały racje militarne, które zmuszały do utrzymywania rozbudowanej bazy szpitalnej na wypadek wojny. Dlatego też nasycenie miejscami w szpitalach w sposób znaczący odbiegało od rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji. Zwiększona liczba łóżek szpitalnych powodowała wypaczenie całego systemu, w którym nie wykształciły się odpowiednio silne struktury mogące oferować świadczenia ambulatoryjne, a duża część poradnictwa specjalistycznego była realizowana w przychodniach przyszpitalnych. Zakłady opieki zdrowotnej były finansowane z budżetu państwa. Decydującą rolę przy rozdziale środków odgrywały wpływy polityczne [Klich, 1999]. Powodowały one, że środki na służbę zdrowia były przekazywane w pierwszym rzędzie na finansowanie infrastruktury.

W latach dziewięćdziesiątych wraz z upadkiem poprzedniego systemu pojawiły się nowe wyzwania [Gabara, 1993]. Okres ten to czas licznych zmian w systemie ochrony zdrowia, które przede wszystkim były pochodną głębokich przemian ustroju politycznego i gospodarczego państwa, ale też przeobrażeń demograficznych i postępu technologicznego w medycynie. Ogólna tendencja do decentralizacji procesu decyzyjnego i odrzucenie centralnego planowania wywarły silny wpływ na otoczenie systemu opieki zdrowotnej [por. Włodarczyk, 1998].

Przełomowe okazały się regulacje prawne umożliwiające przekształcenie szpitali w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Przepisy owe tworzyły podstawy do rozdziału płatnika i dostawcy usług oraz wprowadzały elementy rynku do obszaru usług medycznych. Takie rozwiązanie uznano wtedy za efektywny sposób radzenia sobie z szybkim narastaniem kosztów w opiece zdrowotnej. Proces usamodzielniania się publicznych zakładów opieki zdrowotnej został zapoczątkowany Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 roku w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sposobu kontroli ich wykorzystania [Monitor Polski, 1995, Nr 29, poz. 341], wydanym na podstawie Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej [Dz.U., 1991, Nr 91, poz. 408, z późn. zm.]. Początkowo liczba samodzielnych zakładów była relatywnie mała i dopiero zapowiedź wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (od 1 stycznia 1999) sprawiła, że proces usamodzielniania nabrał masowego charakteru. Najwięcej zakładów przekształciło się w samodzielne w drugiej połowie 1998 roku.

Zmiany w systemie opieki zdrowotnej postępowały wolno, a istniejące ramy prawne oraz klimat społeczny przez większą część dekady nie sprzyjały inicjowaniu i wprowadzaniu reform. Podejmowane działania zostały spowolnione przez znaczne ich upolitycznienie oraz brak wśród partii politycznych wizji i porozumienia co do pożądanego kierunku zmian. Częste zmiany rządów, pozostających dodatkowo pod silnym wpływem związków zawodowych, utrudniały przeprowadzenie restrukturyzacji, która łączyła się z redukcją miejsc pracy (w szpitalnictwie) i koniecznością przekwalifikowania wielu pracowników ochrony zdrowia, w związku z tym powodowała duży opór społeczny [Kautsch, 2004, s. 81]. Można też mówić o braku konsekwencji w działaniu oraz niedocenianiu znaczenia mikroekonomicznych zmian w sektorze zdrowia dla przekształceń systemowych [Tymowska, Malin, Alaszewski, 1996, s. 119], odgrywających szczególnie dużą rolę w odniesieniu do infrastruktury. Kolejne rządy nie były w stanie poradzić sobie z koniecznością likwidacji czy też przeniesienia części zasobów opieki stacjonarnej z obszarów, w których występowało nadmierne nasycenie infrastrukturą szpitalną [Kautsch, 2004, s. 81]. Zagrożenie zamknięciem szpitali sprawiło, że państwo – wbrew zasadom ekonomii – decydowało się na oddłużenie tych placówek. P. Wasilewski uznaje lata 1997–2001 za nieefektywne pięciolecie [Wasilewski, 2002, s. 1–11]. Można zaryzykować tezę, że w tym czasie (jak i w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych) system opieki zdrowotnej nie był sterowany, a wydarzenia, jakie w nim następowały, miały charakter spontaniczny. Nie zdołano stworzyć kompletnej i spójnej wizji przemian w opiece stacjonarnej. Nie było też siły politycznej, która byłaby w stanie konsekwentnie przeprowadzić pełną restrukturyzację szpitali.

Jednym z problemów polskiej opieki zdrowotnej w tym czasie był (i pozostaje do tej pory) brak precyzyjnie wytyczonych celów. Chociaż istnieją dokumenty określające cele działania polskiego systemu opieki zdrowotnej, zwykle

koncentrują się wokół pożądaných wyników proponowanych reform, zamiast na szczegółach procesu, który ma do nich doprowadzić. Co więcej, sformułowania w nich zawarte są bardzo ogólnikowe i nie mają mocy obowiązującej [Krzywień, 1996, s. 12]. Dlatego też można stwierdzić, że w omawianym okresie nie było także spójnej i jasno określonej polityki wobec osób starszych, ponieważ takiej polityki nie było wobec żadnej grupy społecznej czy żadnego problemu medycznego. Brak szczegółowo określonych celów dotyczących zdrowia poszczególnych grup społecznych czy też obszarów medycznych sprawiał, że organizacja opieki szpitalnej nad osobami starszymi – rozumiana jako osobny program zdrowotny – nie istniała.

W omawianym dziesięcioleciu podjęto wiele działań w kierunku zmiany zarządzania szpitalami poprzez wyłączenie ich ze struktury zespołów opieki zdrowotnej, a następnie przekształcenie jednostek budżetowych w zakłady [Grzebyk 1993, s. 100; Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 31 grudnia 1998 roku w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposobu kontroli ich wykorzystania – Dz.U., 1998, Nr 166, poz. 1266]. W roku 1992 w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia opracowano koncepcję restrukturyzacji infrastruktury szpitalnej, której celem było dostosowanie zasobów leczenia stacjonarnego do zmieniającej się struktury demograficznej społeczeństwa i epidemiologii chorób oraz wprowadzenie w obszar ochrony zdrowia rachunku ekonomicznego w celu ograniczenia wydatków na najdroższy sektor – leczenie zamknięte. Programy ministerialne uruchomione w latach 1998 i 1999 w pewien sposób wpłynęły na proces restrukturyzacji w szpitalnictwie, który zaowocował rozwojem opieki długoterminowej, w tym paliatywnej (o czym więcej w rozdziale II.10), choć i te inicjatywy nie nadążały za zapotrzebowaniem na tego typu usługi.

Opisane zmiany strukturalne w ochronie zdrowia w okresie 1990–2002 doprowadziły do zwiększenia się liczby zakładów opieki stacjonarnej i jednoczesnego ubytku liczby łóżek szpitalnych (tabela II.6.1). W tym czasie powstało wiele mniejszych placówek świadczących usługi z zakresu opieki stacjonarnej. Jednocześnie następowało zmniejszenie liczby łóżek (poprzez ich rozgęszczanie) w istniejących placówkach. W tej zmienionej strukturze świadczone znaczenie więcej usług – w latach 1990–2000 odnotowano wzrost liczby leczonych pacjentów o 30,6%. Jednocześnie towarzyszyło temu znaczne skrócenie pobytu chorego w szpitalu i poprawa wykorzystania łóżek (tabela II.6.2), co należy przypisać sposobowi wykupu usług medycznych przez kasy chorych. Trend ten był wyraźnie widoczny w kolejnych latach.

Tabela II.6.1

Struktura opieki stacjonarnej i jej wykorzystanie w Polsce w latach 1990–2003

Wskaźnik	1990	1991	1995	1999	2000	2001	2002	2003	Zmiana 1990– –2000
Zakłady opieki stacjonarnej (łącznie)	722	733	753	764	767	788	789	782	+ 6,2%
szpitale ogólne	677	686	705	715	716	736	739	732	+ 5,8%
szpitale psychiatryczne	45	47	48	49	51*	52*	50	50	+ 13,3%
Leczeni [w tys.] (łącznie) **	4759	4847	5311	5878	6216	6552	6934	6851	+ 30,6%
szpitale ogólne	4597	4680	5143	5685	6007	6336	6698	6616	+ 30,7%
szpitale psychiatryczne	162	167	168	193	209*	216*	236	235	+ 29,0%
Liczba łóżek (w tys.) (łącznie)**	251	250	243	223	215	211	210	202	– 14,3%
szpitale ogólne	218	217	214	199	191	188	188	181	– 12,4%
szpitale psychiatryczne	33	32	29	24	24*	23*	22	21	– 27,3%

* – w tym także szpitale oraz sanatoria dla nerwowo i psychicznie chorych, sanatoria neuropsychiatrii dziecięcej

** – wynik łączny podano w zaokrągleniu

Opracowanie własne na podstawie: GUS, 1992, Tabl. 4(642): Zakłady stacjonarne opieki zdrowotnej, s. 440, Tabl. 5(643): Szpitale ogólne, s. 440, Tabl. 6(644): Zakłady psychiatryczne, s. 441; GUS, 2000c, Tabl. 9(258): Stacjonarna opieka zdrowotna, s. 259; GUS, 2002c, Tabl. 9(264): Stacjonarna opieka zdrowotna, s. 270; GUS, 2003c, Tabl. 9(280): Stacjonarna opieka zdrowotna, s. 291

Tabela II.6.2

Przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu i średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach ogólnych w latach 1990–2003

Wskaźnik	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Zmiana 1990– –2000
Przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu (w dniach)	12,5	10,8	10,4	10,1	9,3	8,9	8,4	7,9	7,5	– 28,9%
Przeciętne wykorzystanie łóżka w ciągu roku (w dniach)	267	261	259	263	261	278	282	282	273	+ 4,1%

Opracowanie własne na podstawie: CSIOZ, 2004; GUS, 1991, Tabl. 7(662): Szpitale ogólne, s. 459; GUS, 1998c, Tabl. 9(256): Szpitale ogólne cywilnej służby zdrowia, s. 254; GUS, 2000c, Tabl. 11(260): Szpitale ogólne, s. 261; GUS, 2003c, Tabl. 11(282): Szpitale ogólne, s. 293.

Wprowadzone w 1999 roku zmiany finansowania świadczeń miały zrationalizować politykę zakupu usług. Należy jednak mieć świadomość, że przedstawione powyżej dane sugerujące poprawę efektywności szpitali nie dają peł-

nego obrazu zmian. W owym czasie doszło bowiem do wielu nieprawidłowości będących wynikiem m.in.:

- tendencji skracania pobytu w szpitalu, która nie zawsze była korzystna dla zdrowia pacjenta, ponieważ wymuszała szybki wypis i konieczność rehospitalizacji z powodu tych samych przyczyn w nieodległym czasie,
- zbyt małej kwoty przeznaczanej na diagnostykę w warunkach ambulatoryjnych, co zmuszało do przyjmowania pacjentów do szpitala w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych.

Zaproponowane przez publicznego płatnika sposoby zakupu świadczeń i konieczność bilansowania się budżetów samodzielnych zakładów sprawiły, że szpitale zaczęły przyjmować na krótkie pobyty pacjentów, którzy mogli być zapatrzeni w systemie opieki ambulatoryjnej.

II.6.2. Dostępność leczenia szpitalnego dla osób starszych

II.6.2.1. Osiągalność świadczeń szpitalnych dla osób starszych

Na początku lat dziewięćdziesiątych wymagające hospitalizacji osoby starsze najczęściej były kierowane do szpitali ogólnych, gdzie w izbie przyjęć zapadała decyzja o przyjęciu do odpowiedniego oddziału. Najwięcej starszych pacjentów trafiało do oddziałów chorób wewnętrznych oraz niezwykle rzadko występujących oddziałów geriatrii. Zależnie od wskazań byli oni przyjmowani także do innych oddziałów specjalistycznych (np. chirurgii, ginekologii), na podobnych zasadach jak chorzy w młodszym wieku.

W przeprowadzonym w latach 1979–1996 Ogólnopolskim Badaniu Chorobowości Szpitalnej Ogólnej wykazano, że chociaż ogólna liczba hospitalizacji utrzymywała się na względnie stałym poziomie (1,5 tys. rocznie na 10 tys. osób w populacji ogólnej, czyli 0,15 na osobę na rok), wyraźnie rosła liczba hospitalizacji w populacji osób starszych: do 3 tys. rocznie na 10 tys. mężczyzn i 2,5 tys. na 10 tys. kobiet powyżej 65. r.ż. Wśród osób przyjmowanych do szpitali ogólnych systematycznie zwiększał się odsetek osób w wieku 65 lat i więcej. W roku 1979 wyniósł on nieco ponad 15%, by do roku 1996 sięgnąć blisko 25% [Roszkowska, Goryński, Seroka, 2000]. Wzrost odsetka hospitalizacji osób starszych jest zjawiskiem, które trudno jednoznacznie ocenić, ponieważ może być wynikiem lepszej dostępności opieki stacjonarnej, jak również rezultatem kierowania większości młodszych pacjentów do procedur diagnostycznych wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych, większej zawodności leczenia ambulatoryjnego osób starszych lub starzenia się społeczeństwa i zmieniającej się epidemiologii chorób, które generują więcej potrzeb zdrowotnych w tej grupie społecznej.

Biorąc pod uwagę, że w oddziałach chorób wewnętrznych zwykle około 50% (średnio 53,6%; zob.: Kardas, Ratajczyk-Pakalska, 2001, s. 22) stanowią

chorzy w wieku powyżej 65. r.ż., w projekcie CLESA podjęto próbę analizy dostępu osób starszych do opieki w tych oddziałach. W roku 1990 w Polsce działało 677 szpitali ogólnych dysponujących 218 560 łózkami (57,2 na 10 tys. ludności), z czego 40 525 przypadło na oddziały internistyczne i 3249 – kardiologiczne (tabela II.6.1 i II.6.3) [GUS, 2001c, Tabl. 11 (265): Szpitale ogólne, s. 270; GUS, 1998d, Tabl. 4(91): Łóżka w szpitalach według oddziałów, s. 236]. Na tysiąc osób powyżej 65. roku życia przypadało wówczas 10,4 łóżka w oddziałach chorób wewnętrznych.

Ewolucja systemu opieki zdrowotnej w latach dziewięćdziesiątych doprowadziła do wielu zmian w funkcjonowaniu zakładów. Zmiany w systemie – a przede wszystkim wspomniane wprowadzanie rozwiązań rynkowych oraz postępująca decentralizacja, w tym pojawianie się świadczeniodawców niepublicznych¹, a także polityka zakupu usług przez publicznego płatnika – wpływały na zmiany w strukturze świadczeniodawców oraz zakresie i liczbie świadczeń.

Do roku 2000 powstało 39 nowych szpitali ogólnych (w tym 30 niepublicznych), zwiększając ich liczbę do 716 i jednocześnie zmniejszyła się liczba łóżek – do 190 952 (49,4 łóżka na 10 tys. ludności) (tabela II.6.1) [GUS, 2003c, Tabl. 9 (280): Stacjonarna opieka zdrowotna, s. 291]. Redukcja ta odbywała się również kosztem zasobów oddziałów internistycznych – liczba łóżek zmalała tu do 31 567, przy jednoczesnym wzroście potencjału oddziałów kardiologii (6144 łóżek) (tabela II.6.3) [GUS, 2003c, Tabl. 11(282): Szpitale ogólne, s. 293]. Tym samym wskaźnik łóżek w oddziałach chorób wewnętrznych w przeliczeniu na tysiąc osób powyżej 65. roku życia ze wspomnianych 10,4 zmalał do 6,6, co jest odzwierciedleniem ogólnej tendencji redukcji liczby łóżek szpitalnych w omawianej dekadzie. Jednocześnie skróceniu uległ przeciętny czas pobytu w szpitalu ogólnym: z 12,5 dnia w roku 1990 do 8,9 dnia w roku 2000 (tabela II.6.2).

W tabeli II.6.3 przedstawiono zmniejszającą się liczbę łóżek oraz dramatyczny wzrost liczby osób leczonych w oddziałach internistycznych w latach 1990–2003. Jak wspomniano wcześniej, zmiany te należy przypisać przede wszystkim polityce zakupów świadczeń zdrowotnych stosowanej przez publicznego płatnika. Jednocześnie procesowi ograniczania zasobów oddziałów chorób wewnętrznych towarzyszył ponad stu procentowy wzrost liczby łóżek kardiologicznych oraz szybki rozwój opieki długoterminowej.

Podsumowując, należy podkreślić, że w okresie 1990–2000 osiągalność świadczeń udzielanych w oddziałach chorób wewnętrznych zmalała. Dotyczy to zarówno osób starszych, jak i ogółu ludności, dla której wskaźnik liczby łóżek internistycznych w tym czasie również obniżył się z 10,6 do 8,3 na 10 tys. osób. Paradoksalnie, ta redukcja miejsc w szpitalach jest wyrównywana zwiększeniem liczby ogółu przyjmowanych pacjentów: z 4597 tys. w roku 1990 do 6007 tys. w roku 2000, co dotyczy także oddziałów chorób wewnętrznych (wzrost liczby leczonych z 965 tys. w roku 1990 do 1160 tys. w roku 2000), a zwłaszcza kar-

¹ Należy zaznaczyć, że odnosiło się to przede wszystkim do opieki ambulatoryjnej.

diologicznych (ponad trzykrotny wzrost liczby leczonych: z 71 tys. w roku 1990 do 250 tys. w roku 2000) (tabela II.6.3).

Tabela II.6.3

Liczba łóżek i osób leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych i kardiologii w latach 1990–2003

Wskaźnik	1990	1995	2000	2001	2002	2003	Zmiana 1990– –2000
Łóżka:							
na oddziałach chorób wewnętrznych	40 525	38 773	31 567	30 826	30 639	30 168	– 22,1%
na oddziałach kardiologii	3 249	4 076	6 144	6 490	6 590	7 060	+ 89,1%
Łóżka razem:	43 774	42 849	37 713	37 316	37 229	37 228	– 13,8%
Leczeni:							
na oddziałach wewnętrznych w ciągu roku (w tys.)	965	1 040	1 160	1 204	1 250	1 216	+ 20,2%
na oddziałach kardiologii w ciągu roku (w tys.)	71	118	250	288	322	334	+ 252,1%
Leczeni razem:	1 036	1 158	1 410	1 492	1 572	1 550	+ 36,1%

Opracowanie własne na podstawie: biuletynów statystycznych Ministerstwa Zdrowia wydawanych przez CSIOZ; GUS, 1992, Tabl. 5(643): Szpitale ogólne, s. 440; GUS, 2000c, Tabl. 11(260): Szpitale ogólne, s. 261; GUS, 2003c, Tabl. 11(282): Szpitale ogólne, s. 293

II.6.2.2. Rozmieszczenie terytorialne opieki szpitalnej

Nierównomierność rozmieszczenia polegająca na lokowaniu szpitali w dużych i średnich miastach i wynikająca z tego gorsza dostępność opieki szpitalnej na wsiach jest oczywista i nie wymaga komentarza. Występują jednak różnice w nasyceniu łózkami szpitalnymi oddziałów wewnętrznych między województwami. Choć oddziały te we wczesnych latach dziewięćdziesiątych były bardzo powszechne (znajdowały się w każdym szpitalu powiatowym), liczba łóżek (a co za tym idzie dostępność do tego typu opieki) różniła się w poszczególnych województwach. W roku 1990 liczba miejsc w oddziałach wewnętrznych średnio wynosiła 10,6 łóżka internistycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, wahając się od 17 w województwie wrocławskim przez 15 w warszawskim do 9 w białkopodlaskim i jedynie 8 w ostrołęckim [GUS, 1991, Tabl. 2(61): Szpitale i łóżka w szpitalach, s. 96, Tabl. 1(15): Ludność, s. 15; GUS, 1998d, Tabl. 5(92): Łóżka w szpitalach ogólnych według oddziałów i województw, s. 238].

W roku 2000 dostępność przestrzenna oddziałów chorób wewnętrznych nadal pozostawała zróżnicowana dla różnych województw. Porównanie wskaźników z roku 1990 i 2000 jest niemożliwe ze względu na inny podział terytorialny kraju. W roku 2000 w Polsce przypadało średnio 8,3 łóżka w oddziale chorób wewnętrznych na 10 tys. ludności, przy czym w województwie kujawsko-pomorskim wskaźnik ten był najniższy (6,9, a w śląskim najwyższy 10,8) (tabela II.6.4).

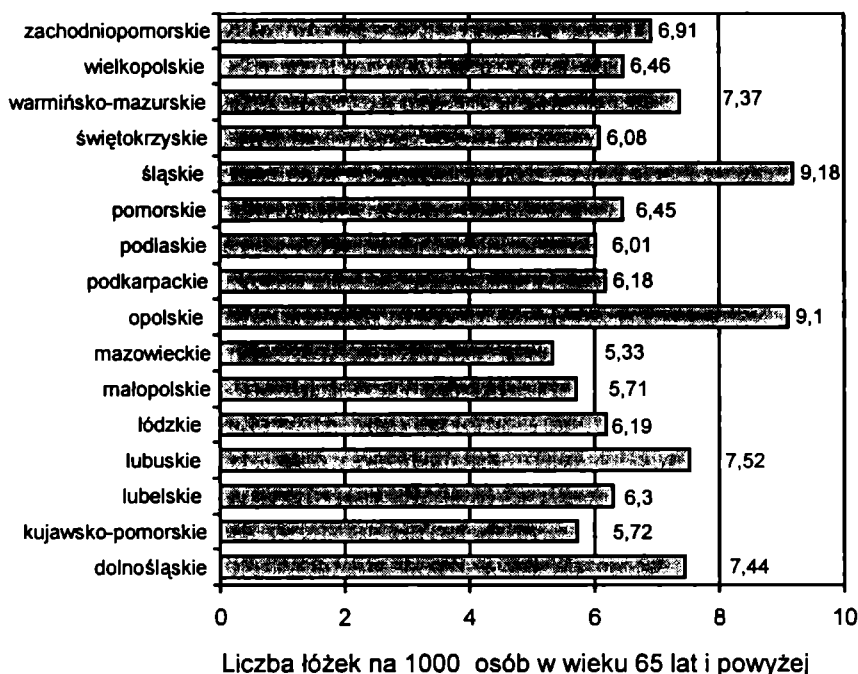
Tabela II.6.4

Liczba łóżek w oddziałach chorób wewnętrznych (na 10 tys. ludności) w roku 2000 i 2001

Województwa	Liczba łóżek na 10 tys. ludności w oddziałach szpitalnych chorób wewnętrznych	
	2000	2001
dolnośląskie	9,4	8,7
kujawsko-pomorskie	6,9	5,7
lubelskie	8,8	8,7
lubuskie	8,5	7,0
łódzkie	8,6	8,3
małopolskie	7,3	7,1
mazowieckie	8,0	7,3
opolskie	10,2	9,8
podkarpackie	7,3	7,5
podlaskie	8,4	7,2
pomorskie	6,9	6,7
śląskie	10,8	10,5
świętokrzyskie	8,9	9,0
warmińsko-mazurskie	7,1	7,5
wielkopolskie	7,4	7,1
zachodniopomorskie	7,7	7,8
Polska	8,3	8,0

Opracowanie własne na podstawie: biuletynów statystycznych Ministerstwa Zdrowia wydawanych przez CSIOZ, (<http://www.csioz.gov.pl/publikacje/biuletyn.html>)

Podobnie nierównomierne rozmieszczenie oddziałów internistycznych obserwuje się w odniesieniu do potrzeb ludzi starszych (rycina II.6.1). Należy przy tym zauważyć, że w województwach demograficznie starszych (łódzkim, mazowieckim, świętokrzyskim, lubelskim, podlaskim) liczba łóżek przypadających na populację osób starszych jest szczególnie niska.



Rycina II.6.1. Liczba łóżek na oddziałach chorób wewnętrznych w przeliczeniu na tysiąc osób w wieku 65 lat i więcej w roku 2000 według województw (opracowała E. Ryś na podstawie: GUS 2001b)

II.6.2.3. Stopień poinformowania osób starszych i pracowników ochrony zdrowia o zasadach funkcjonowania leczenia szpitalnego

Nie dysponujemy obiektywnymi danymi dotyczącymi stopnia poinformowania osób starszych w roku 1990 na temat funkcjonowania szpitali. Można jednak przyjąć, że świadomość istnienia oddziałów chorób wewnętrznych była w tym czasie powszechna wśród ogółu ludności, dlatego osoby starsze i ich rodziny zapewne znały lokalizację szpitala, który był przypisany do rejonu ich zamieszkania, i zasady starania się o przyjęcie do tej placówki. Podobnie pracownicy zarówno opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej potrafili odpowiednio skierować pacjenta.

Rok 2000 był drugim rokiem funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podobnie jak w przypadku innych świadczeń wprowadzenie zmian w organizacji opieki zdrowotnej i towarzysząca temu dezinforma-

cja oraz niepełne przygotowanie procesu reform sprawiły, że ogół ludności miał problemy z „poruszaniem się” w systemie [Derczyński, 2000b; Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 19]. Początkowe trudności w pozyskiwaniu informacji w kolejnych latach ustąpiły stopniowej poprawie oceny sposobu informowania na temat nowej organizacji świadczeń. Jednak dopiero po roku 2003 można mówić o wyraźnym przyroście wiedzy społeczeństwa o zasadach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, co należy uznać za wynik uczenia się w miarę nabierania indywidualnych doświadczeń [Tymowska, 2003a].

Zakładając, że oddziały chorób wewnętrznych pełnią rolę oddziałów „pierwszej linii”, w opinii ekspertów w roku 2000 zarówno lekarze pierwszego kontaktu, jak i pracownicy pomocy społecznej dysponowali pełną wiedzą na temat usług oferowanych przez te oddziały i sposobu, w jaki osoba starsza mogłaby je uzyskać, czyli zasad kierowania do szpitala.

II.6.2.4. Stopień partycypowania osób starszych w kosztach leczenia szpitalnego i badań

Mimo wprowadzenia pewnych ograniczeń (dotyczą one osób nieubezpieczonych) zasady odpłatności za pobyt na oddziałach szpitalnych nie zmieniły się od lat dziewięćdziesiątych do chwili obecnej, zarówno dla osób starszych, jak i dla ogółu populacji. Wszelkie świadczenia związane z leczeniem i pobytem w oddziałach chorób wewnętrznych były i nadal są całkowicie bezpłatne w każdym przypadku uzasadnionej hospitalizacji. Należy natomiast odnotować zjawiska, które pojawiają się najczęściej wskutek złej kondycji finansowej szpitali. Wynikający z ograniczonej liczby usług wykupionych przez publicznego płatnika długi czas oczekiwania na niektóre badania oraz zabiegi zmusza część pacjentów (zarówno młodych, jak i starszych) do szybszego odpłatnego wykonania podobnych badań w sektorze prywatnym. Zdarza się też, że pacjenci, przebywając w szpitalu, partycypują w kosztach leczenia – poprzez wykup leków, materiałów opatrunkowych lub innych wyrobów medycznych – mimo ustawowo zagwarantowanej bezpłatności leczenia. Na koniec trzeba również wspomnieć o opłatach nieformalnych, które wnoszone są jednak częściej przez osoby młodsze i zamożne niż starsze [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 1999], a łączą się przede wszystkim ze skróceniem czasu oczekiwania na zabieg operacyjny [Pączkowska, 2004b].

II.6.2.5. Bariery w dostępie do świadczeń szpitalnych

W latach dziewięćdziesiątych przyjęcie pacjenta do szpitala w zasadzie było możliwe po weryfikacji skierowania wystawionego przez lekarza pierwszego kontaktu lub specjalistę, pracujących zarówno w sektorze publicznym, jak

i prywatnym. Należy jednak podkreślić, że ta procedura nie była rygorystycznie przestrzegana. Zdarzały się nieuzasadnione przyjęcia, zwłaszcza ludzi starszych, z powodu tzw. przyczyn socjalnych. Osoby przewlekłe chore, wymagające ciągłej pielęgnacji – wobec słabo rozwiniętej opieki środowiskowej i niewystarczającej liczby miejsc w domach pomocy społecznej – zwykle trafiały do szpitali na wiele miesięcy, w oczekiwaniu na umieszczenie w placówce opiekuńczej.

Wprowadzenie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wymusiło każdorazowe uzasadnianie hospitalizacji i skrócenie pobytu pacjentów w szpitalach (jak podano wcześniej, średni czas hospitalizacji uległ skróceniu z 12,5 dnia w roku 1990 do 8,9 w roku 2000). Ubocznym skutkiem skracania okresu leczenia w szpitalu stało się częstsze wypisywanie pacjentów przed ukończeniem terapii, z założeniem jej kontynuowania w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL), pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) lub w domu. Należy przy tym odnotować, że ograniczona liczba miejsc w placówkach opiekuńczych często uniemożliwiała jednak dalsze leczenie. Bibl. Jag.

Zmienione zasady finansowania opieki zdrowotnej sprawiły, że pojawiło się limitowanie świadczeń. Publiczny płatnik, przy ograniczonych środkach na wykup świadczeń medycznych, reglamentuje realizację większości usług, a to z kolei wydłuża czas oczekiwania pacjentów na niektóre z nich.

Analizując bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych, warto zwrócić uwagę na ocenę ich dostępności przez dyrektorów szpitali w świetle wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Około 38,2% dyrektorów stwierdziło pogorszenie dostępności szpitali specjalistycznych w porównaniu z okresem sprzed roku 1999. Nieco lepiej oceniony został dostęp do świadczeń udzielanych w pozostałych szpitalach – 32% dyrektorów uważało, że wprowadzone zmiany przyczyniły się do poprawy dostępności tych szpitali, zaś 27% twierdziło, że dostępność ta uległa pogorszeniu (tabela II.6.5) [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 1999].

Tabela II.6.5

Dostępność świadczeń udzielanych przez szpitale przed i po wprowadzeniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w opinii kadry zarządzającej

Świadczenia udzielane przez:	Poprawa dostępności	Pogorszenie dostępności	Bez zmian	Trudno powiedzieć
Szpitale specjalistyczne	29,4	38,2	14,7	17,6
Szpitale niespecjalistyczne	32,3	27,5	31,4	8,8

Źródło: Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 1999

Wśród powodów trudności w dostępie do świadczeń szpitalnych na pierwszy plan wysuwały się kłopoty z przyjęciem do placówki, wezwaniem karetki pogotowia oraz z wykonaniem badań diagnostycznych i zabiegów [Derczyński, 2000a,b]. Ograniczenie dostępności organizacyjnej i kosztowej narastało w po-

czątkowym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, co odzwierciedlają dane przedstawione w tabeli II.6.6.

Tabela II.6.6

Problemy z realizacją świadczeń w latach 1999–2000

Rodzaj problemu	Odsetek osób dostrzegających dany problem			
	VI 1999	I 2000	VII 2000	XI 2000
Kłopoty z przyjęciem do szpitala, z uzyskaniem pomocy szpitala lub pogotowia, odmowa wykonania badań, zabiegów	6%	4%	6%	10%
Odmowa przyjęcia lub skierowania ze względu na przekroczony limit i brak pieniędzy	7%	9%	2%	8%
Trudności związane z wykonaniem badań analitycznych, laboratoryjnych i innych	2%	5%	2%	6%

Źródło: Derczyński, 2000 a,b; Szypuła, 2001

II.6.2.6. Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala

W latach dziewięćdziesiątych nie istniały oficjalne listy oczekujących na przyjęcie do szpitala, co wynikało z braku podstawy prawnej do ich tworzenia. Powstawały jednak kolejki oczekujących na planowe przyjęcie do diagnostyki, zabiegu lub innej terapii, zależne od typu oddziału i formy leczenia. Według badań przeprowadzonych przez CBOS w roku 1998 wykonanie mammografii, tomografii komputerowej i badania ultrasonograficznego najczęściej wymagało dłuższego oczekiwania (tabela II.6.7) [Szypuła, 2001]. W kolejnych badaniach systemu wykazano wyraźne skrócenie czasu oczekiwania na wymienione badania diagnostyczne, czemu towarzyszył jednak znaczny ogólny spadek poziomu korzystania z tych świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowotnej [Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2004, s. 32].

Według badań przeprowadzonych w roku 1996 około 9% ankietowanych, którzy leczyli się w szpitalu, czekało dłużej niż pół roku na usługę medyczną, zabieg lub operację. W badaniach przeprowadzonych przez CBOS w roku 1998 ustalono, że tylko 76% hospitalizowanych pacjentów nie czekało na przyjęcie do szpitala. Około 10% oczekiwało do 2 tygodni, 7% od 2 tygodni do miesiąca, a pozostałe 7% jeszcze dłużej [Szypuła, 2001].

Tabela II.6.7

Czas oczekiwania na wykonanie określonych procedur diagnostycznych w 1998 roku

Badanie	Odsetek oczekujących na badanie				
	do miesiąca	od miesiąca do pół roku*	powyżej pół roku	nie można wykonać**	trudno powiedzieć
EKG	89,4	4,2	0,9	1,0	4,5
RTG	93,1	3,7	0,0	0,2	3,1
USG	62,9	23,1	2,0	4,5	7,5
Mammografia	40,4	30,2	6,2	9,1	14,0
Cytologia	81,8	5,3	0,0	3,4	9,5
CT	26,7	23,9	8,7	14,3	26,4

* łączny procent odpowiedzi „powyżej miesiąca do 3 miesięcy” oraz „powyżej 3 miesięcy do pół roku”

** odpowiedź w pełnym brzmieniu: „praktycznie nie można było wykonać tego badania w państwowej służbie zdrowia”

Źródło: Szypuła, 2001

W roku 2000, po wprowadzeniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, okazało się, że mniej więcej co dwunasty pacjent (czyli tak jak w roku 1996) musiał czekać dłużej niż pół roku na uzyskanie świadczeń medycznych [Derczyński, 2001]. Można powiedzieć, że oddziały chorób wewnętrznych były tu wyjątkiem, ponieważ pełniły funkcję oddziałów „pierwszej linii”, w których odbywała się selekcja pacjentów do innych oddziałów specjalistycznych. W roku 2000 czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału chorób wewnętrznych wyraźnie skrócił się. Było to wynikiem zastosowania przez publicznego płatnika metod wykupu świadczeń medycznych motywujących zakłady do skracania czasu pobytu pacjentów w szpitalach i zwiększania liczby hospitalizacji.

Na uwagę zasługuje fakt, iż w latach 1999–2001 wśród pacjentów oczekujących na świadczenie medyczne powyżej pół roku, aż 23% czekało na zabiegi chirurgiczne i operacje, kolejne 20% na badania diagnostyczne (w tym na RTG, USG i tomografię komputerową 10%). Wśród osób oczekujących na świadczenie medyczne powyżej pół roku osoby czekające na leczenie szpitalne stanowiły około 4%² [tamże].

Świadczeniami, na które trzeba było oczekiwać dłużej niż pół roku, najczęściej były operacje. W badaniach przeprowadzonych w roku 2002 w 456 szpitalach wykazano, że przeciętny czas oczekiwania na zabieg usunięcia prostaty (prostatektomii) wynosił 6 tygodni. Na protezowanie stawu biodrowego czekało się rok lub dłużej [CSIOZ, 2002a], np. w województwie małopolskim od 113 dni do 3 lat (dane z badania przeprowadzonego w roku 2000) [MRKCh, 2000].

² Odpowiedzi osób, które leczyły się w okresie od początku 1999 roku do połowy maja 2001 (N = 792).

W zrealizowanych w 2000 roku badaniach dotyczących dostępności opieki zdrowotnej dla ludzi starszych rozkłady procentowe nie ujawniły wyraźniej społecznej selekcji w grupie korzystających z opieki szpitalnej [Halik, 2001]. Wśród badanych osób starszych 19% respondentów korzystało ze świadczeń szpitalnych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, co wskazuje równocześnie, że ryzyko hospitalizacji osób powyżej 65. r.ż. jest blisko dwukrotnie wyższe w porównaniu do pełnej próby losowej. Dostęp do szpitala dla 79% badanych był „bardzo łatwy” i nie czekali oni na hospitalizację, 5% respondentów oczekiwało na łóżko krócej niż dwa tygodnie, a 6% krócej niż miesiąc. Ponad miesiąc czekało 7%, a 3% – powyżej pół roku. Znamienny jest fakt, że odsetek respondentów przyjmowanych do szpitala bez oczekiwania był wyższy na wsi (86%) niż w wielkich miastach (65%).

II.6.3. Wnioski i rekomendacje

Wnioski

1. W okresie 1990–2000 osiągalność świadczeń szpitalnych dla osób starszych, podobnie jak dla chorych w innym wieku, zmniejszyła się, chociaż skrócenie czasu leczenia szpitalnego spowodowało, że wyeliminowano oczekiwanie na przyjęcie do oddziałów chorób wewnętrznych.

2. Wprowadzenie reglamentacji usług nie poprawiło dostępności w zakresie świadczeń specjalistycznych realizowanych w ramach opieki stacjonarnej, ponieważ narzucone w kontraktach limity świadczeń refundowanych nie pozwalają na skrócenie listy oczekujących. Nie rozwinięto przy tym innych form opieki, które mogłyby przejąć opiekę nad osobami starszymi.

3. Czas oczekiwania na niektóre badania diagnostyczne i zabiegi operacyjne sięga wielu miesięcy. Dotyczy to również zabiegów najczęściej wykonywanych u osób starszych.

4. W związku z koniecznością uszczelnienia systemu dostępność organizacyjna świadczeń szpitalnych uległa ograniczeniu w wyniku zaostrzenia kryteriów kwalifikowania do hospitalizacji i ścisłego egzekwowania tych wskazań przy przyjmowaniu pacjentów do szpitala. Było to podyktowane przyjętymi zmianami w systemie ochrony zdrowia (ograniczeniem bardziej kosztownych świadczeń zdrowotnych na rzecz zwiększenia świadczeń podstawowych) [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 18]. Raptowny wzrost liczby hospitalizowanych świadczy jednak o wypaczeniu tego, skądinąd dobrego, mechanizmu reglamentacji.

5. Dostępność kosztowa teoretycznie nie uległa zmianie, chociaż praktyka wskazuje na powszechne partycypowanie pacjentów w kosztach leczenia, nawet w sytuacjach prawnie wykluczających taką możliwość. Należy zaznaczyć, że dopłaty pacjentów w mniejszym stopniu dotyczą osób starszych i niezdolnych.

Rekomendacje

Biorąc pod uwagę, że czas leczenia w trakcie hospitalizacji osób starszych zwykle musi być dłuższy (najczęściej 15–30 dni dla pacjentów powyżej 70. r.ż.) [Bień, 1996; Maniecka-Bryła, Szpakowska, 2000; Szczerbińska, 2002, s. 128–129], wydaje się, że najpoważniejszymi utrudnieniami w dostępie do świadczeń szpitalnych są: wynikająca ze sposobu płacenia za usługi medyczne presja na szybkie wypisywanie starszych pacjentów oraz zbyt długie oczekiwanie na badanie diagnostyczne lub zabieg. W związku z powyższym należałoby rozważyć:

1. Wprowadzenie w organizacji pracy szpitali zmian, które pozwoliłyby na możliwie szybkie diagnozowanie i operowanie wszystkich pacjentów (w tym osób starszych).
2. Uwzględnienie w systemie płatności za usługi medyczne rozwiązań, które premiowałyby działania opisane w punkcie pierwszym.
3. Wprowadzenie w sposobie płatności zmian, które zapewniłyby możliwość przedłużonej opieki nad osobami starszymi po przebytych zabiegach i operacjach.
4. Dalszy rozwój i wzmocnienie długoterminowej opieki stacjonarnej (w ZOL, ZPO i hospicjach) oraz realizowanej w domu pacjenta, która w większym stopniu odciąży szpitale i umożliwi szybki wypis i skierowanie do innych form leczenia.
5. Uruchomienie mechanizmów zapewniających ciągłość opieki poprzez lepszą organizację wypisu pacjenta ze szpitala, rozumianą jako bieżące informowanie, i ścisła współpraca z lekarzem pierwszego kontaktu, pielęgniarką domową oraz innymi służbami, których zadaniem jest realizacja zaleceń poszpitalnych i udzielanie różnych form wsparcia w okresie rekonwalescencji.

